



ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПОСЛУГ
ГРОМАДЯНАМ ПОХИЛОГО ВІКУ ШТАТУ МІССУРІ
ПОСЛУГИ ПРОГРАМИ WIC ТА ХАРЧУВАННЯ
REQUIRED SIGNATURE STATEMENT
ЗАЯВА, ЩО ПОТРЕБУЄ ПІДПИСУ (UKRAINIAN)

| | | | |
|----------------------------|---|-------------------------------|-------------------------|
| Дата вручення ідент. папки | Дата вручення списку харчових продуктів | Сертифікаційний період WIC-30 | Місцезнаходження WIC-30 |
|----------------------------|---|-------------------------------|-------------------------|

Я отримав (отримала) ідентифікаційну папку участника WIC та затверджений WIC список харчових продуктів, дати чого наведені вище. Мене було повідомлено про конкретні вимоги, перелічені в папці і списку.

Я засвідчую, що інформація і документація, яка стосується моєї сім'ї, що була подана мною і записана у формі доказу права (WIC-30), наскільки мені відомо, правдива. Якщо під час сертифікації не було в наявності всієї документації, я погоджуєсь подати її протягом 30 днів, щоб залишитися на програмі та отримувати пільги.

Мене було повідомлено про мої права та обов'язки згідно з програмою WIC. Я засвідчую, що інформація, що була подана мною для визначення моєго права на програму, наскільки мені відомо, правильна. Це засвідчення робиться у зв'язку з отриманням федеральних коштів. Службовці програми можуть перевіряти інформацію, записану у цій формі.

Я розумію, що зроблені навмисно неправдиві заяви, або такі заяви, що вводять в оману, або такі, що зображують у фальшивому світі, приховують чи замовчують факти, можуть мати своїм результатом те, що мені треба буде виплатити агентству штату гроші у сумі, що дорівнює цінності неправильно наданих мені харчових пільг, і мене можуть переслідувати у громадянському чи кримінальному порядку згідно зі штатними та федеральними законами.

| | |
|---------------------------------------|------|
| Підпис участника / особи, що доглядає | Дата |
|---------------------------------------|------|

Згідно з федеральними законами та політикою Департаменту сільського господарства США (USDA), цьому закладу забороняється дискримінація за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку або інвалідності. Щоби подати скаргу про дискримінацію, напишіть листа на адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington DC, 20250-9410, або телефонуйте за номером (800) 795-3272 (голос) чи (202) 720-6382 (для глухих). USDA пропонує послуги на умовах рівних можливостей.